

## Doelgroepanalyse als basis voor een passend zorgaanbod

Elske Wits · Ronald Knibbe · Gerda Rodenburg

**Abstract** De zorgbehoeften van langdurig verslaafden en het zorgaanbod zijn moeilijk op elkaar af te stemmen. Terwijl het juist bij dit soort moeilijk bereikbare groepen belangrijk is om aandacht te besteden aan de ervaren zorgbehoefte en aan problemen die de zorg voor hen ontoegankelijk of onaantrekkelijk maken. De auteurs beschrijven een Richtlijn Cliëntprofielen, waarmee via een doelgroepanalyse een stevige basis gelegd wordt voor het ontwikkelen of verbeteren van een zorgprogramma. Onder meer de problematiek, zorgbehoefte en relevante demografische kenmerken worden in kaart gebracht. Deze werkwijze kan in de gehele verslavingszorg worden toegepast.

### Inleiding

De Nederlandse verslavingszorg heeft een belangrijke vernieuwingsimpuls gekregen via het programma Resultaten Scoren van GZZ Nederland. Waar mogelijk worden richtlijnen en behandelprotocollen ontwikkeld die een ‘evidence based’-behandeling voorstaan. Met name in de sociale verslavingszorg is daarnaast getracht om het zorgaanbod verder te differentiëren en af te stemmen op de zorgbehoefte van specifieke doelgroepen.<sup>1</sup>Het

<sup>1</sup> Met het begrip ‘doelgroep’ wordt bedoeld de groep van huidige en beoogde cliënten/patiënten van een verslavingszorginstelling. Onder ‘zorgbehoefte’ wordt hier verstaan zowel de objectieve (‘demand’) als de subjectieve, ervaren zorgbehoefte (‘need’).

afstemmen van het zorgaanbod op de zorgbehoefte mag vanzelfsprekend lijken waar het om hulpverlening gaat, maar dit is het niet bij de categorie langdurig verslaafden waarop de sociale verslavingszorg is gericht. Bovendien wordt de legitimiteit van het aanbod aan zorg voor langdurig verslaafden vaak voor een groot deel ontleend aan (mogelijke) overlastreductie, hetgeen kan resulteren in een grote gerichtheid op ‘beheersing’ van ongewenst gedrag en niet noodzakelijkerwijs op de zorgbehoeften van langdurig verslaafden. Juist bij moeilijk bereikbare groepen zoals langdurig verslaafden met een complexe problematiek is het van belang aandacht te besteden aan de ervaren zorgbehoefte en aan problemen die de zorg voor hen ontoegankelijk en/of onaantrekkelijk maken.

Helaas ontbreken bij de ontwikkeling van een nieuw project vaak tijd en middelen voor een goede situatie- en doelgroepenanalyse. Zeker in de laagdrempelige zorg en opvang is de politieke druk groot om, liefst ‘volgende week’, een nieuw project op te zetten. Een onderzoek naar de kenmerken en zorgbehoefte van de doelgroep wordt dan al gauw overgeslagen. Nieuwe projecten hebben daardoor vaak aanloopproblemen. Soms moet de opzet zelfs geheel worden gewijzigd, omdat de beoogde doelgroep andere behoeften of zwaardere problemen blijkt te hebben dan vooraf werd gedacht, of in het geheel niet wordt bereikt.

Vanuit deze constatering heeft het IVO samen met enkele verslavingszorginstellingen een methode ontwikkeld<sup>2</sup>, waarbij via een doelgroepanalyse een stevige basis wordt gelegd voor het ontwikkelen of verbeteren van een zorgprogramma. Deze doelgroepanalyse resulteert in een

Elske Wits, en, (✉)  
Ir. E.G. Wits is coördinator beleidsadvies bij het IVO,  
Heemraadssingel 194, 3021 DM Rotterdam. E-mail: [wits@ivo.nl](mailto:wits@ivo.nl).

<sup>2</sup> De methode is geïnspireerd op: Boer, J. de (1987): Oog voor de doelgroep. Marketing voor welzijns- en andere non-profit organisaties. Deventer: Van Loghum Slaterus.

cliëntprofiel, waarin onder meer problematiek en zorgbehoefte op een rij gezet worden. Deze werkwijze is samengevat in een Richtlijn Cliëntprofielen, die in de gehele verslavingszorg kan worden toegepast. De richtlijn is tot stand gekomen in samenwerking met Resultaten Scoren<sup>3</sup>, met financiële steun van ZonMw.

Wanneer wordt de Richtlijn Cliëntprofielen toegepast? Als het management van een instelling signalen opvangt dat de zorg voor een bepaalde doelgroep niet optimaal aansluit bij de zorgbehoefte, kan deze besluiten een nieuw zorgprogramma te ontwikkelen, of een bestaand programma te verbeteren met behulp van de Richtlijn Cliëntprofielen. Het niet goed aansluiten van bestaande zorg bij de zorgbehoefte van de doelgroep kan blijken uit een slecht behandelresultaat, een geringe instroom van de doelgroep in een zorgprogramma, een hoge uitval maar ook uit grote overlast. Ook kan blijken dat een bepaalde doelgroep in het geheel niet wordt bereikt. Overigens is bekend dat sommige instellingen in deze situaties al ongeveer de stappen volgen die in de Richtlijn Cliëntprofielen worden beschreven, echter niet met de systematiek zoals in de richtlijn wordt aanbevolen en zonder onderzoek naar de zorgbehoefte van de doelgroep.

Hieronder wordt de richtlijn gepresenteerd, worden enkele praktijkervaringen beschreven en worden de randvoorwaarden benoemd die aanwezig moeten zijn om het project te doen slagen.

### In drie stappen naar een cliëntprofiel

Voor het opstellen van een cliëntprofiel worden de volgende fasen doorlopen:

1. situatieanalyse;
2. in kaart brengen van de zorgbehoefte;
3. beschrijven van benodigd zorgaanbod.

De gegevens in een cliëntprofiel hebben betrekking op de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep. Denk hierbij aan een verslag van twee tot acht pagina's, met daarin een beschrijving van de problematiek op de diverse leefgebieden (ook kwalitatief) en de zorgbehoefte op deze gebieden.

Vaste thema's bij elk cliëntprofiel zijn:

1. gezondheid en leefsituatie van de doelgroep (bijv. middeleengebruik, lichamelijke en geestelijke gezondheid, financiën, wonen, dagbesteding, sociale contacten, politie/justitie);
2. (ervaren) zorgbehoefte van de doelgroep;

3. relatie van de doelgroep met de zorg;
4. vindplaats en wijze van contact leggen met de doelgroep;
5. relevante demografische gegevens (bijv. geslacht, leeftijd, culturele herkomst, opleiding, evt. omvang van de doelgroep).

Afhankelijk van de doelgroep en het type zorg dat men beoogt te ontwikkelen, worden bepaalde thema's uitgebreider belicht dan andere. Zo zijn de vindplaats en de wijze van contact leggen met de doelgroep in sommige gevallen eenvoudig te benoemen; in andere gevallen heeft dit speciale aandacht. Met het beantwoorden van deze vraag én met het in kaart brengen van de ervaren zorgbehoefte, worden problemen met de instroom van cliënten in een nieuw zorgprogramma zoveel mogelijk voorkomen.

### Toepassing van de richtlijn

Wanneer binnen de instelling een werkgroep is ingesteld (de samenstelling van de werkgroep wordt beschreven onder 'Randvoorwaarden') worden zes bijeenkomsten gepland in een periode van circa een half jaar om de doelgroepanalyse uit te voeren. Hieronder worden de drie fasen van deze doelgroepanalyse beschreven, met daarbij een inhoudelijke planning van de zes bijeenkomsten. Betrek bij de doelgroepanalyse ook vertegenwoordigers van de doelgroep zelf. Organiseer tijdig enkele discussiebijeenkomsten voor (vertegenwoordigers van) cliënten/patiënten rond vragen en thema's waarbij hun inbreng van belang is, bij voorkeur in iedere fase één bijeenkomst.

### Situatieanalyse

In de eerste fase van het opstellen van het cliëntprofiel wordt vastgesteld wat de aanleiding is om een cliëntprofiel te gaan opstellen en wat de meest kenmerkende problemen zijn van de beoogde doelgroep. Er wordt een begin gemaakt met de gegevensverzameling en er wordt een voorlopig cliëntprofiel opgesteld. Om structuur te bieden aan de verslaglegging van de bijeenkomsten zijn werkschema's ontwikkeld waarin alle bevindingen tot een overzichtelijk geheel worden verwerkt.

### Werkgroepvergadering 1: probleemanalyse en interventiedoelen

De gesignaleerde problemen die aanleiding zijn voor de doelgroepanalyse, en de oorzaken van deze problemen, worden nauwkeurig omschreven. Er wordt een eerste grove afbakening van de doelgroep gemaakt. Op basis

<sup>3</sup> Zie M. van Es (2004), *Unieke samenwerking in de verslavingszorg. Resultaten Scoren, verslag 1999-2003*. Utrecht: GGZ Nederland.

van deze oorzaken wordt nagegaan wat het interventiedoel zou moeten zijn van de te ontwikkelen zorg. Het interventiedoel is van belang voor de verdere invulling van het cliëntprofiel, want het bepaalt welke accenten er worden gelegd in het profiel. Over welke onderwerpen willen we vooral informatie hebben voordat we een zorgprogramma gaan opzetten?

Van belang voor deze stap is dat alle ervaringsdeskundigheid binnen de eigen instelling met de (potentiële) doelgroep gemobiliseerd wordt. Echter, wellicht is dit niet het onderscheidende van de Richtlijn Cliëntenprofielen vergeleken met de huidige praktijk bij het ontwikkelen of aanpassen van zorgaanbod. Het kenmerkende van de Richtlijn Cliëntprofielen is dat de systematiek waarmee het gebeurt veel duidelijker geëxpliciteerd is.

Gesignaleerd wordt dat de woonsituatie van ex-verslaafden instabiel is door het niet (tijdig) betalen van de huur. Oorzaak is het niet goed kunnen omgaan van deze doelgroep met de beperkte financiële middelen. Afbakening doelgroep: ex-verslaafden die zelfstandig wonen, en waarvan mogelijke schulden zijn opgelost of worden aangepakt. Interventiedoel: de doelgroep reserveert voldoende middelen voor zelfverzorging en het betalen van de huur.

De probleemanalyse en het formuleren van interventiedoelen gebeurt op basis van eerdere ervaringen met en bestaande kennis over de beoogde doelgroep bij de werkgroepleden en zonodig bij sleutelinformanten binnen of buiten de eigen organisatie. Deze sleutelinformanten kunnen worden gezocht en benaderd na de eerste werkgroepvergadering. Ook kan literatuur worden gezocht over het betreffende thema.

#### Werkgroepvergadering 2: afbakening van de doelgroep

Op basis van de verzamelde informatie wordt de doelgroep aan het begin van de tweede vergadering zo gedetailleerd mogelijk afgebakend. Kies een duidelijk perspectief, om de afbakening van de doelgroep zo duidelijk mogelijk te maken. Het is hierbij belangrijk om criteria voor de afbakening te vinden die, direct of indirect, de kans bevorderen om in contact te komen met juist die specifieke groep. Bedenk vervolgens of er subgroepen te herkennen zijn, en zo ja, of verdere afbakening van de doelgroep wellicht verstandiger is.

Dakloosheid vormt een probleem voor het maatschappelijk herstel van drugsgebruikers. Afbakening doelgroep: alle drugsgebruikers die in 2005 gedurende meer dan zes maanden meer dan vier nachten per week gebruik maakten van nachtopvangvoorziening X. De afbakening is concreet en

maakt duidelijk waar de doelgroep bereikt kan worden.

Beschrijf vervolgens de relatie van de doelgroep met de zorg: is de doelgroep 'in beeld'? En zo ja, heeft de doelgroep stabiele contacten met de verslavingszorg? Zijn de contacten met zorgverleners vluchtig of intensief? Ga na waar de doelgroep te vinden is en op welke wijze contact moet worden gelegd om de instroom in het nieuwe zorgprogramma te bevorderen. Ten slotte worden - voor zover bekend - de algemene kenmerken van de groep beschreven, zoals geslacht, leeftijd en culturele herkomst. Ga na of ontbrekende gegevens van belang zijn voor de opzet van het te ontwikkelen zorgprogramma en ga zonodig (later) op zoek naar deze ontbrekende gegevens.

Na afloop van de tweede vergadering maakt de notulist een kort verslag van de situatieanalyse en het voorlopige cliëntprofiel. De eerder genoemde werkschema's zijn hierbij behulpzaam. Zonodig wordt literatuur gezocht of worden sleutelinformanten benaderd over onderwerpen die nog niet voldoende zijn uitgewerkt. Vooruitlopend op de derde werkgroepvergadering wordt in kaart gebracht wat het reeds bestaande zorgaanbod voor de gekozen doelgroep is, gericht op de voor deze groep kenmerkende problematiek.

#### In kaart brengen van de zorgbehoefte

In de tweede fase van de doelgroepanalyse wordt de zorgbehoefte in kaart gebracht en het cliëntprofiel afgerond. Hiervoor wordt eerst nagegaan welk type zorgaanbod ontwikkeld zou moeten worden. Om te bepalen hoe invulling moet worden gegeven aan dit zorgaanbod, is informatie nodig over de zorgbehoefte van de doelgroep. Hiervoor worden gegevens verzameld, onder meer bij de doelgroep zelf. Welke onderzoeksvragen in deze gegevensverzameling centraal dienen te staan, wordt vastgesteld via een strategische analyse.

#### Werkgroepvergadering 3: bestaand zorgaanbod en aanwezige zorgbehoefte

Ga na welk zorgaanbod er al voor de doelgroep bestaat. Denk hierbij ook aan voorzieningen in andere sectoren dan de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld binnen de gemeentelijke organisatie of de maatschappelijke opvang. Kijk vervolgens wat de plus- en minpunten en hiaten hierin zijn, door op zoek te gaan naar uitkomsten van evaluaties van deze programma's. Wellicht is elders ervaring opgedaan die bruikbaar is (probeer het wiel niet opnieuw uit te vinden). Beschrijf tenslotte welk type zorgaanbod in de regio zou moeten

worden ontwikkeld (of verbeterd) voor de betreffende doelgroep.

Vanaf nu richt de doelgroepanalyse zich op het bepalen van de zorgbehoefte, de nog ontbrekende schakel in het cliëntprofiel. Per gesignaleerd probleem (werkgroepvergadering 1) wordt nagegaan wat bekend en nog onbekend is over deze problematiek en over de zorgbehoefte van cliënten/patiënten op dit terrein, inclusief de door de doelgroep zelf ervaren zorgbehoefte. Op deze manier wordt een overzicht verkregen van nog ontbrekende gegevens met betrekking tot de zorgbehoefte.

Omdat de ervaring leert dat er vaak weinig feitelijk bekend is over de problemen en zorgbehoefte van doelgroepen in de verslavingszorg, zou een omvangrijk onderzoek nodig zijn om alle ontbrekende gegevens te inventariseren. Door gebrek aan tijd en geld is het echter niet altijd mogelijk om ‘het onderste uit de kan te halen’, waar het gaat om onderzoek naar de doelgroep. Om te bepalen welke gegevens minimaal verzameld moeten worden om een passend zorgaanbod te ontwikkelen, kan een strategische analyse uitkomst bieden.

#### Werkgroepvergaderingen 4 en 5: strategische analyse

Via een strategische analyse wordt bepaald welke gegevens niet verzameld hoeven te worden om toch een betrouwbaar en voor de zorgprogrammering relevant cliëntprofiel te verkrijgen. De uitkomst van de strategische analyse bepaalt hoe uitgebreid het onderzoek naar de doelgroep dient te zijn. Na afronding van de strategische analyse zijn enkele onderzoeksvragen geformuleerd die de basis vormen voor de gegevensverzameling onder de doelgroep en onder sleutelinformanten. Hieronder wordt de strategische analyse stap voor stap beschreven.

*Wat moet je weten?* In de strategische analyse wordt voor ieder van de vijf thema's die in een cliëntenprofiel horen (zie boven) nagegaan hoe uitgebreid en specifiek de informatie moet zijn om tot een verantwoord zorgaanbod te komen.

Wanneer langdurig verslaafden worden toegeleid naar een zelfstandig begeleid-wonenproject is het - om eenzaamheid en verveling te voorkomen - van groot belang na te gaan aan welk type dagbesteding zij behoefte zouden hebben. Dan wordt duidelijk met welke dagactiviteitenprogramma's of werkprojecten tijdig contact moet worden gelegd.

Om de juiste keuzes te kunnen maken, wordt tevens nagegaan wat er zou kunnen misgaan als besloten wordt de gegevens niet te verzamelen: welke gevolgen heeft dat voor de cliënt of voor de zorginstelling?

Hoe groot is de kans op het mislukken van het project als gewoon wordt uitgetoetst wat de

beste dagbesteding is, zonder het vooraf te onderzoeken? Is de kans groot dat cliënten dan teleurgesteld raken en na een paar weken weer vertrekken? Is deze groep cliënten daarna opnieuw te motiveren voor deelname aan een dergelijk programma?

*Wat is al bekend over de problematiek van de doelgroep, en met welke zekerheid?* Denk na over de betrouwbaarheid en actualiteit van de gegevens die al beschikbaar en bruikbaar zijn (literatuur, registraties, nota's, internet). Afgewogen dient te worden of aanvullende gegevens nodig zijn als de betrouwbaarheid van de beschikbare gegevens laag is of als de gegevens sterk verouderd zijn. Ga ook na of de beschikbare gegevens goed te vertalen zijn naar andere situaties.

Uit landelijke gegevens is bekend dat 30% van de harddruggebruikers besmet is met ziekte X. Plaatselijk kunnen deze cijfers heel anders zijn, bijvoorbeeld doordat het voorkomen van deze ziekte samenhangt met spuitgedrag. Van spuitgedrag is bekend dat er regionale verschillen zijn. In dit geval zijn plaatselijke gegevens de enige juiste bron voor het schatten van het percentage besmettingen onder de doelgroep.

*Welke gegevens moeten dus nog worden verzameld?* Na het beantwoorden van de vragen in de strategische analyse is duidelijk welke gegevens nog moeten worden verzameld. Vat deze punten samen in hooguit zes onderzoeksvragen. Deze vormen de basis voor het verzamelen van de nog ontbrekende gegevens.

#### Intermezzo: gegevensverzameling en verslaglegging

Een snelle gegevensverzameling is mogelijk door toepassing van Rapid Assessment and Response (RAR) van het CVO. Deze methode bestaat uit een mix van veel gebruikte onderzoeksmethoden, zoals interviews, observaties, focusgroepen en schattingstechnieken. Het grote verschil tussen empirisch onderzoek en RAR is de pragmatische benadering van RAR, waarbij de nadruk ligt op adequaatheid in plaats van op wetenschappelijke perfectie.<sup>4</sup>

Om de verzamelde informatie zo betrouwbaar mogelijk te kunnen verwerken, is een analyseprotocol met rasters ontwikkeld waarmee gegevens systematisch kunnen worden ingevoerd en geanalyseerd. Hiermee is tijdens de gegevensverzameling goed te zien welke vragen al voldoende beantwoord zijn en welke nog niet. Het

<sup>4</sup> Braam, R., Verbraeck, H., & Trautmann, F. (2005). RAR handboek asielzoekers en problematisch middelengebruik. Utrecht: CVO/Trimbos-instituut. Het handboek is bij het CVO te bestellen ([cvo@drugresearch.nl](mailto:cvo@drugresearch.nl)).

ingevulde raster vormt de basis voor de verslaglegging. Schets aan de hand van het verslag een profiel van de doelgroep, het cliëntprofiel, inclusief de (ervaren) zorgbehoefte. Maak een verslag (of een samenvatting van het verslag) van twee tot (hooguit) acht pagina's.

### Beschrijven van benodigd zorgaanbod

Werkgroepvergadering 6: vragen van feedback en beschrijven van een zorgaanbod

Het concept cliëntprofiel wordt teruggekoppeld naar het management van de instelling, de werkgroep en (vertegenwoordigers van) cliënten/patiënten. Ga na of de gegevens voldoende aanknopingspunten bieden voor het opzetten van een passend zorgaanbod. In het tweede deel van de bijeenkomst worden ideeën voor de ontwikkeling of verbetering van het beoogde zorgprogramma geïnventariseerd.

Wanneer het cliëntprofiel is afgerond en het zorgaanbod is beschreven, kan het management van de instelling in samenspraak met de werkgroep de inhoud van het zorgprogramma voor de betreffende doelgroep gaan bepalen. Bepaal uit welke onderdelen (modules) het zorgprogramma bestaat.<sup>5</sup> Beschrijf per zorgmodule bijvoorbeeld:

1. naam en inhoud (bijv. doelen, functies, activiteiten, locatie, contactfrequentie);
2. betrokken cliënten(systeem) en -omgeving;
3. indicaties en contra-indicaties;
4. betrokken disciplines;
5. voortgangsbewaking (hoe wordt voorzien in eventuele veranderingen in zorgbehoeften bij cliënten die zijn toegewezen aan het programma, hoe wordt de voortgang bewaakt?);
6. financiële aspecten.

Beschrijf de gang van de cliënt door het programma, benoem de randvoorwaarden en draag zorg voor implementatie.

### Praktijkervaringen

De hierboven beschreven richtlijn in drie stappen is een aangepaste versie van een eerdere uitgave van de richtlijn. De aanpassing van de richtlijn is gedaan op basis van ervaringen met toepassing van de richtlijn in twee praktijksituaties. In de periode 2004-2005 pasten IrisZorg

(voorheen De Grift) en de Limburgse Mondriaan Zorggroep (MZG) de cliëntprofielenmethode toe, in combinatie met de RAR-methode van het CVO. In de aangepaste versie is de RAR-methode beter geïntegreerd in de Richtlijn Cliëntprofielen. Ook is in de aangepaste versie beschreven welke thema's aan de orde komen in de zes werkgroepbijeenkomsten, om de voortgang van het proces te kunnen bewaken.

IrisZorg en MZG voerden op basis van de oude versie van de richtlijn een doelgroepanalyse uit. Bij IrisZorg is gekozen voor het in kaart brengen van de doelgroep van verslaafden met een complexe problematiek die in aanmerking komt voor casemanagement. Het casemanagementprogramma was op dat moment in ontwikkeling. Uit de doelgroepanalyse zijn aanbevelingen voortgekomen, waarvan een groot aantal is verwerkt in een landelijke richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg. Deze richtlijn werd voorjaar 2007 door Resultaten Scoren gepubliceerd.

Een aanbeveling is bijvoorbeeld om de uitstroom van cliënten goed in de gaten te houden, om overvolle caseloads te voorkomen. Per cliënt moet steeds worden gezien of deze moet worden overgedragen; dit hangt mede af van de groei van de cliënt. Casemanagement kan de afhankelijkheid van de cliënt versterken; het is de kunst om de cliënt op tijd 'los te kunnen laten'. Een andere aanbeveling is om meer aandacht te besteden aan het sociale netwerk van cliënten uit deze doelgroep. Het kan daarbij gaan om hulp bij het herstellen van familiebanden, om hulp aan de familie, om hulp bij het opbouwen van een nieuw netwerk, enzovoort. Ook hier zijn, gezien het feit dat veel cliënten een zeer problematische achtergrond hebben, maatwerk, professionele betrokkenheid en een goede analyse vooraf van belang.

Bij MZG werd geconstateerd dat de zorg vanuit de dubbele-diagnosekliniek onvoldoende aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënten. Daar is gewerkt aan het opstellen van een cliëntprofiel van de populatie binnen de eigen kliniek, om na te gaan aan welke vormen van zorg behoefte is. Geconstateerd werd dat de behandeling van de verslaving op de kliniek overheerst en dat er bijvoorbeeld meer psycho-educatie zou moeten plaatsvinden. Psycho-educatie is nu structureel doorgevoerd, en bij terugvalpreventie wordt naast de verslaving ook gelet op de psychische problematiek en op de onderlinge samenhang tussen verslaving en psychiatrie. Ook werd aanbevolen om de familie en/of partner vaker uit te nodigen tijdens de behandeling. Dit gebeurt nu meer intensief, afgestemd op de behoefte van de patiënt.

Een derde verbetering heeft plaatsgevonden in de aandacht die er bij medewerkers van de afdeling is voor de huisvestingssituatie van de patiënten. Problemen op het gebied van huisvesting zijn van invloed op de opname en

<sup>5</sup> Meer informatie over zorgprogrammering is te vinden op de Zorgprogrammeringspagina's van GGZ Nederland en het Trimbos-instituut ([www.ggznederland.nl/zorg](http://www.ggznederland.nl/zorg)).

het natraject. Met name het ontbreken van huisvesting wordt gezien als een obstakel tijdens de resocialisatiefase. Medewerkers van de dubbele-diagnoseafdeling zijn nu beter op de hoogte van woonmogelijkheden, zoals een sociaal pension en mogelijkheden van klinische resocialisatie. Daarnaast gaat er gewerkt worden aan een sociale kaart.

## Randvoorwaarden

### Personele inzet en deskundigheid

Het opstellen van een cliëntprofiel gebeurt door een werkgroep van vijf tot zes personen met daarin een beleidsmedewerker, vertegenwoordigers van verschillende (behandel)disciplines en een of twee managers met de nodige beslissingsbevoegdheid. Minstens één lid van de werkgroep moet een academische achtergrond hebben, vanwege het hoge abstractieniveau van met name de strategische analyse. De rol van projectcoördinator kan in de meeste gevallen het beste door een beleidsmedewerker worden vervuld.

Wanneer binnen de eigen zorginstelling niet voldoende kennis over en ervaring met de beoogde doelgroep aanwezig is, kan worden overwogen om een externe deskundige aan te trekken. Denk bijvoorbeeld aan een deskundige op het gebied van het syndroom van Korsakoff en dementie wanneer een project voor oudere dakloze alcoholisten wordt opgezet.

Een goede verslaglegging van de bijeenkomsten van de werkgroepen is uitermate belangrijk voor de inzichtelijkheid van het proces en voor de eindrapportage. Hierbij worden aantekeningen gemaakt van relevante discussies of feiten.

Het opstellen van een cliëntprofiel om uiteindelijk passende zorg te kunnen ontwikkelen, vergt tijd en inzet van verschillende medewerkers van de organisatie. Voor de projectcoördinator zal het werk een halve tot een hele dag per week in beslag nemen, gedurende circa zes maanden. De leden van de werkgroep moeten rekenen op zes bijeenkomsten van twee uur, waarvan de eerste vijf

plaatsvinden in de eerste paar maanden van de totale periode van circa zes maanden.

Degenen die gegevens over de doelgroep gaan verzamelen, moeten hiervoor bovendien de nodige tijd uittrekken. Denk hierbij aan tien tot dertig hele dagen, verdeeld over twee of drie medewerkers. De verwachting is dat deze investering zich zal terugverdienen, doordat toepassing van de richtlijn ervoor zorgt dat een programma beter aansluit bij de zorgbehoefte van de doelgroep, daardoor effectiever is en minder ‘kinderziekten’ heeft dan programma’s die minder goed doordacht zijn.

Vóórdat met het opstellen van een cliëntprofiel wordt begonnen, moet duidelijk zijn dat het management van de instelling bereid is om hiervoor daadwerkelijk tijd uit te trekken, zodat de betrokken medewerkers vrijgesteld worden voor deelname aan het project.

### Training en begeleiding

Medewerkers van IrisZorg en MZG volgden voorafgaand aan het toepassen van de richtlijn een training van het IVO. Vervolgens zijn de werkgroepen bij het toepassen van de methode begeleid door een onderzoeker van het IVO. Voor de gegevensverzameling is een RAR-training gegeven door het Centrum voor Verslavingsonderzoek (CVO), waarna de gegevensverzameling door een onderzoeker van het CVO werd ondersteund.

Uit de ervaringen met het toepassen van de methode bij IrisZorg en MZG is gebleken dat deelname van een academicus met onderzoekservaring gedurende het gehele proces wenselijk is, vanwege het hoge abstractieniveau van de discussies in de werkgroep. Overwogen kan worden om, net als in de genoemde praktijkvoorbeelden, een externe onderzoeker aan te trekken. Dit heeft als voordeel dat deze het proces vanuit een onafhankelijke positie kritisch kan volgen en bewaken, en de gegevensverzameling kan ondersteunen en versnellen.

De richtlijn beschrijft dus een doe-het-zelfmethode voor verslavingszorginstellingen, maar training en begeleiding versnellen het proces aanzienlijk.<sup>6</sup> Daardoor wordt uiteindelijk tijd bespaard en heeft het resultaat meer kwaliteit.

<sup>6</sup> Meer informatie over publicaties, training en begeleiding is te vinden op [www.ivo.nl](http://www.ivo.nl).